

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA
TN.F.B DENGANDISPEPSIA DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUD PROF. DR. W.Z JOHANES KUPANG TAHUN 2018

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
Menyelesaikan studi pada Program Studi Diploma III Keperawatan
Dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan



OLEH
MARIA GERTIANA BHOKI
NIM : PO. 530320115033

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2018

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

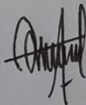
Nama : MARIA GERTIANA BHOKI
NIM : PO.530320115033
Program Studi : DIII KEPERAWATAN
Institusi : POLTEKES KEMENKES KUPANG

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya ankat sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 04 Juli 2018

Pembuat Pernyataan



Nama : MARIA GERTIANA BHOKI
NIM : PO.530320115033

Mengetahui

Pembimbing

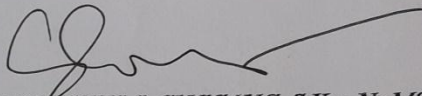


FRANSISKUS S. ONGGANG, S.Kep.Ns.MSc
NIP.196902261991011001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Limiah oleh MARIA GERTIANA BHOKI NIM: PO. 530320115033 dengan judul "STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA TN.F.B DENGAN *DISPEPSIA* DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD PROF. DR. W.Z JOHANES KUPANG TAHUN 2018" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing



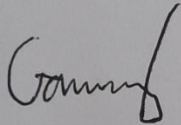
FRANSISKUS S. ONGGANG, S.Kep.Ns.MSc
NIP . 196902261991011001

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Studi Kasus oleh MARIA GERTIANA BHOKI dengan judul "STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA TN.F.B DENGAN DISPEPSIA DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD PROF. DR. W.Z JOHANES KUPANG TAHUN 2018" telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal

DewanPenguji

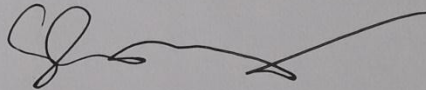
Penguji I



GADUR BLASIUS, S.Kep. Ns, MSi

NIP. 1962123119890031039

Penguji II



FRANSISKUS S. ONGGANG, S.Kep.Ns.MSc

NIP . 196902261991011001

Mengesahkan

Ketua JurusanKeperawatan

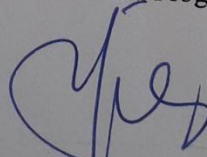


M. MARGARETAH U.W.,SKp,MHSc

NIP.195602171986032001

Mengetahui

Ketua Program Studi



MARGARETHA TELLI,S.Kep.Ns,MSc-PH

NIP. 1977072772000032002

BIODATA

Nama : Maria Gertiana Bhoki
TTL : Toda, 28 Desember 1996
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Kecamatan Golewa, Desa Toda Belu
Riwayat pendidikan : 1. Tamat SDN Koeloda pada tahun 2009
2. Tamat SMP Soegijapranata Mataloko pada tahun 2012
3. Tamat SMK St. Elisabeth Lela pada tahun 2015
4. Sejak tahun 2015 kuliah di Program Studi D III Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang

MOTTO

“Awali Hidup Dengan Doa dan Kerja Keras, Yakinlah Bahwa Akhirnya Kesuksesan Yang Diraih”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmatNya yang begitu besar, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA TN.F.B DENGAN *DISPEPSIA* DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD PROF. DR. W.Z JOHANES KUPANG TAHUN 2018”

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu. R.H Kristina, SKM., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah menerima penulis untuk kuliah di Poltekes Kemenkes Kupang .
2. Bapak Fransiskus S.Onggang, S.Kep.Ns.MSc selaku dosen pembimbing yang dengan penuh kesadaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan segala totalitasnya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan dengan baik.
3. Bapak Gadur Blasius, S.Kep, Ns, MSi selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ketua Jurusan Keperawatan Kementerian kesehatan Kupang.
5. Ketua Program Studi D III Keperawatan KemenKes Kupang beserta Staf dan Jajaran.
6. Orang tua tercinta, Bapak Zakarias Gope dan Mama Maxima Meo yang telah membersarkan dan mendidik saya serta memberikan dukungan baik moril maupun perhatian dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kaka Timmy, Ade Ito dan Ade Elvis dengan penuh cinta memberikan dukungan doa untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Keluarga tercinta, Bapa Sefri Dhogo, Mama Eti Baba dan semua keluarga yang telah memberikan dukung dan nasehat kepada saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

9. Sahabat sahabat terbaik Elan Wele, Dewi Mude, Fatir Dawe, Ina Nanggo, Nisha Dhawe, Minartha Laulei, Vonyy Liu, Incka Tokanyang selalu memberikan dukungan serta doa dan motivasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
10. Teman – teman seangkatan 2015 Tingkat III regular A/B (Angkatan 24) yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini .

Akhir kata penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah masih, jauh dari kata sempurna, untuk itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA
TN.F.B DENGAN *DISPEPSIA* DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUD PROF. DR. W.Z JOHANES KUPANG TAHUN 2018**

OLEH

**MARIA GERTIANA BHOKI
PO. 530320115033**

ABSTRAK

Dispepsia merupakan istilah yang umum dipakai untuk suatu sindrom atau kumpulan gejala yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual, muntah, kembung cepat kenyang, rasa perut penuh. Studi kasus ini melingkupi kegawatdarura tanpa dari system pencernaan yang dilakukan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr W.Z Johannes Kupang tahun 2018 dengan menggunakan metode deskriptif. Tujuan studi kasus ini untuk menerapkan bagaimana asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada Tn F.B dengan *Dispepsia*

Hasil studi kasus ini meliputi pengkajian keperawatan dengan data yang ditemukan rasa penuh di perut, nyeri perut, mual muntah, diare. Diagnosa keperawatan berdasarkan North American Nursing Diagnosis Asociation (NANDA) adalah nyeri akut. Intervensi yang ditetapkan pada diagnose nyeri akut yaitu mengajarkan manajemen nyeri. Pada implementasi keperawatan mengajarkan manajemen nyeri dengan hasil yang didapatkan adalah nyeri yang dirasakan berkurang dari lima menjadi dua. Evaluasi dari tindakan yang dilakukan dengan menggunakan metode *Subjektif, Objektif, Assesment danp lanning* (SOAP).

Kesimpulan dari studi kasus kegawatdaruratan pada Tn F.B dengan Dispepsia dengan masalah nyeri akut sudah teratasi.

Kata kunci :Dispepsia, Asuhan keperawatan kegawatdaruratan system pencernaan.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
BIODATA PENULIS	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR 1	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	3
1.2.1 Tujuan Khusus	3
1.2.2 Tujuan Umum	3
1.3 Manfaat Studi Kasus	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Teori Dispepsia	5
2.1.1 Pengertian	5
2.1.2 Klasifikasi dispepsia	5
2.1.3 Etiologi	5
2.1.4 Gejala klinis	5
2.1.5 Patway.....	7
2.1.6 Penatalaksanaan	8
2.1.7 Pemeriksaan penunjang	8
2.1.8 Komplikasi	8
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Dispesia	9
2.2.1 Pengkajian.....	9
2.2.2 Doagnosa keperawatan	10
2.2.3 Interfensi keperawatan	10
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	11
2.2.5 Evaluasi keperawatan	11
BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	12
3.1 Hasil Studi Kasus.....	12
3.2 Pembahasan.....	14
3.2.1 Pengkajian.....	14
3.2.2 Diagnosa Keperawatan	15
3.2.3 Intervensi Keperawatan	15
3.2.4 Implementasi Keperawatan.....	16
3.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	16
BAB IV PENUTUP	18
4.1 Kesimpulan	18
4.2 saran	19
DAFTAR LAMPIRAN.....	21
DAFTAR PUSTAKA	30

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dispepsia merupakan istilah yang umum dipakai untuk suatu sindrom atau kumpulan gejala yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual, muntah, kembung cepat kenyang, rasa perut penuh. Keluhan tersebut dapat secara bergantian dirasakan pasien atau bervariasi baik dari segi jenis keluhan ataupun kualitasnya (Yuriko, 2013).

Diperkirakan bahwa hampir 30% kasus pada praktek umum dan 60% pada praktek *gastroenterologist* merupakan kasus dispepsia. Berdasarkan penelitian pada populasi umum didapatkan bahwa 15-30% orang dewasa pernah mengalami hal ini dalam beberapa hari dari data pustaka negara barat didapatkan angka prevalensinya berkisar 7-14%, tapi hanya 10-20% yang akan mencari pertolongan medis (Yuriko, 2013).

Dispepsia merupakan salah satu masalah pencernaan yang paling umum ditemukan. Berdasarkan data kunjungan di klinik *gastroenterologist* di perkirakan hampir 30% kasus yang dijumpai pada praktek umum dan 60% pada praktek *gastroenterology* merupakan dispepsia (Bobbi Hemriyantton, 2015).

Diperkirakan sekitar 15-40 populasi di dunia memiliki keluhan dispepsia kronis atau berulang: sepertiganya merupakan dispepsia organik (struktural). Etiologi terbanyak dispepsia organik yaitu ulkus peptikus lambung/duodenum, penyakit refluks gastroesofagus, dan kanker lambung (Purnamasari, 2017).

Kebiasaan mengonsumsi makanan dan minuman, seperti makan pedas, asam, minum kopi, dan minuman beralkohol juga dapat meningkatkan resiko gejala dispepsia. Suasana yang sangat asam didalam lambung dapat membunuh organisme patogen yang tertelan bersamaan dengan makanan. Namun, bila barrier lambung telah rusak, maka suasana yang sangat asam didalam lambung akan memperberat iritasi pada dinding lambung (Riani, 2015).

Mengonsumsi makanan dan minuman yang merangsang asam lambung akan menyebabkan peradangan pada lambung dan akan menyebabkan ulkus peptikum pada lambung sehingga sangat diharapkan untuk selalu menjaga pola makan dengan makanan-makanan yang tidak merangsang terjadinya peningkatan asam lambung. (Riani, 2015)

Keadaan pasien dengan dispepsia yang berada dalam kondisi gawat darurat, peran perawat sangatlah penting. Perawat Instalasi Gawat Darurat (IGD) dituntut untuk selalu menjalankan perannya diberbagai situasi dan kondisi yang meliputi tindakan penyelamatan pasien secara profesional khususnya penanganan pada pasien dengan gawat darurat. Sebagai

pelaku atau pemberi asuhan keperawatan perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan pada pasien dispepsia secara langsung atau tidak langsung kepada pasien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk melaksanakan pengelolaan kasus asuhan keperawatan dalam bentuk Studi Kasus dengan Judul **“STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA TN.F.B DENGAN DISPEPSIA DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD PROF. DR. W.Z JOHANES KUPANG TAHUN 2018”**

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien Tn.F.B dengan dispepsia di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johanes Kupang Tahun 2018.

1.2.1 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian pada klien Tn.F.B dengan dispepsi di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johanes Kupang Tahun 2018.
2. Mahasiswa dapat menegaskan diagnose pada klien Tn.F.B dengan dyspepsi di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johanes Kupang Tahun 2018.
3. Mahasiswa dapat membuat perencanaan pada klien Tn.F.B dengan dispepsi di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johanes Kupang Tahun 2018.
4. Mahasiswa dapat melaksanakan tindakan pada klien Tn.F.B dengan dispepsi di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johanes Kupang Tahun 2018.
5. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi pada klien Tn.F.B dengan dispepsi di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johanes Kupang Tahun 2018.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan penulis khususnya dalam pelaksanaan pada pasien dengan kasus Dispepsia

2. Bagi pasien dan Keluarga Pasien

Agar pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang penyakit dan perawatan Dispepsia

3. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi RSUD untuk menambah pengetahuan perawat dalam penatalaksanaan pada pasien Dispepsia.

4. Bagi institusi

Dapat menghasilkan lulusan yang berwawasan global, dan menambah keluasan ilmu bidang keperawatan dan dapat menjadi masukan bagi yang berminat ingin membaca.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep penyakit

2.1.1 Pengertian Dispepsia

Dispepsia merupakan rasa nyeri atau tidak nyaman di bagian ulu hati. Kondisi ini dianggap gangguan di dalam tubuh yang diakibatkan reaksi tubuh terhadap lingkungan sekeliling. Reaksi ini menimbulkan gangguan ketidakseimbangan metabolisme dan seringkali menyerang individu usia produktif, yakni usia 30-50 tahun (Ida, 2016)

2.1.2 Klasifikasi Dispepsia

Pengelompokan mayordispepsia terbagi atas duayaitu:1). Dispepsia Organik, bila telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya. Sindrom dyspepsia organik terdapat kelainan yang nyata terhadap organ tubuh misalnya tukak (*ulkuspeptikum*), *gastritis*, *stomach cancer*, *gastroesophageal refluxdisease*, *hyperacidity*. 2). Dispepsia Non Organik(DNU), atau dyspepsia fungsional, atau Dispepsia Non Ulkus (DNU), bila tidak jelas penyebabnya. Dispepsia fungsional tanpa disertai kelainan atau gangguan struktur organ berdasarkan pemeriksaan klinis, laboratorium, radiologi, danendoskopi (Ida, 2016)

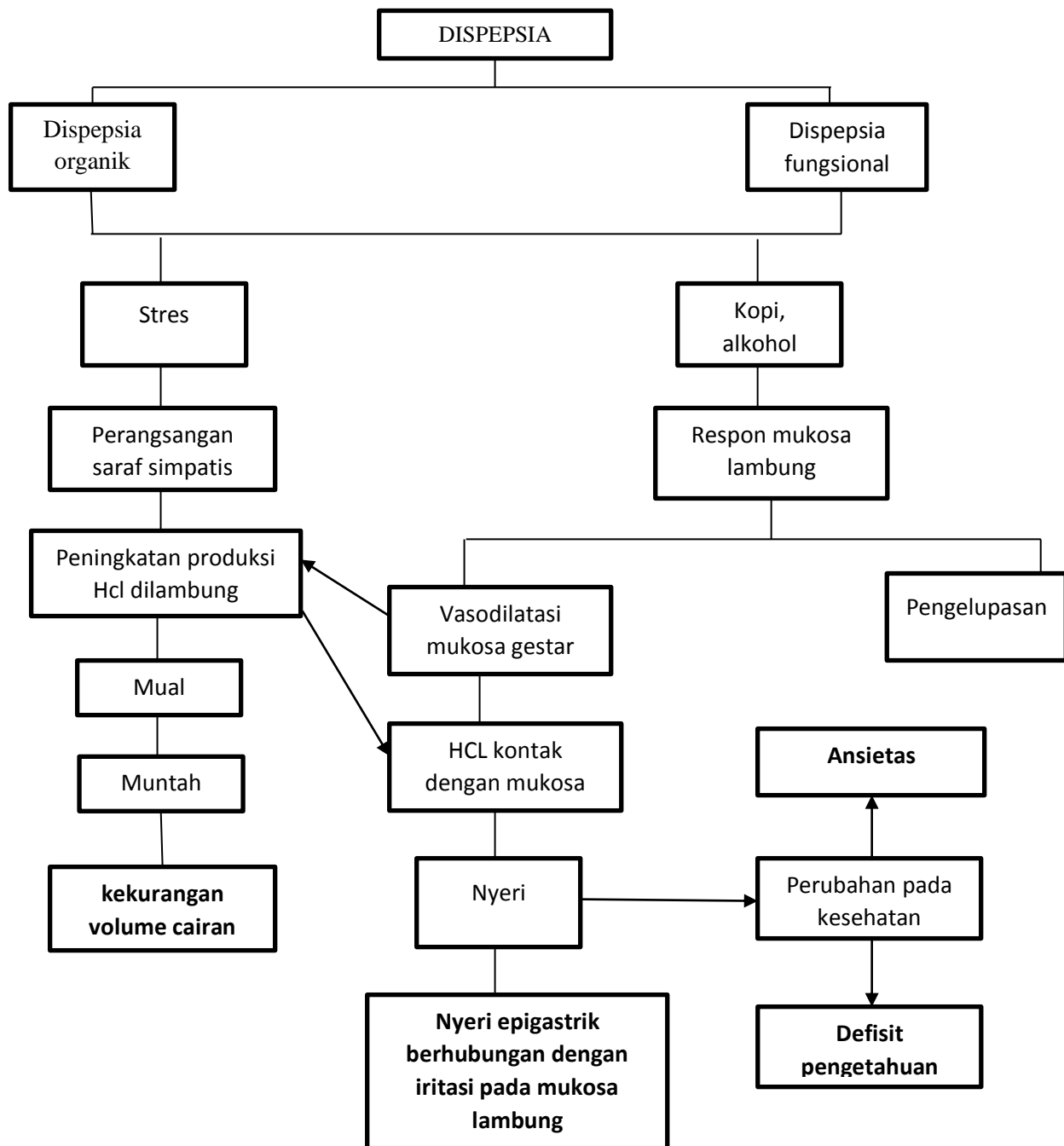
2.1.3 Etiologi

Dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai penyakit baik yang bersifat organik (struktural) dan fungsional. Penyakit yang bersifat organik antara lain karena terjadinya gangguan disalurancerna atau disekitar saluran cerna, seperti pankreas, kandung empedu dan lain-lain. Sedangkan penyakit yang bersifat fungsional dapat dipicu karena factor psikologis dan factor intoleran terhadap obat-obatan dan jenis makanan tertentu (Purnamasari, 2017). Etiologi dispepsia antara lain 1). Idiopatik/dispepsia fungsional 2). Ulkuspeptikum 3). Gastroesophageal refluxdisease (GERD) 4). Kanker lambung 5). Gastroparesis 6). Infeksi *Helicobacter pylori* 7). Pankreatitis kronis 8). Penyakit kandung empedu 9). Parasite usus 10). Iskemia usus 11). Kanker pancreas atau tumor abdomen.

2.1.4 Gejala Klinis

Adanya gas diperut, rasa penuh setelah makan, perut menonjol, cepat kenyang, mual, tidak ada nafsu makan dan perut terasa panas. Rasa penuh, cepat keyang, kembung setelah makan, mual muntah, sering bersendawa, tidak nafsu makan, nyeri uluh hati dan dada atau regurgitas asam lambung kemulut. Gejala dispepsia akut dan kronis berdasarkan jangka waktu tiga bulan meliputi: rasa sakit dan tidak enak di ulu hati, perih, mual, berlangsung lama dan sering kambuh dan disertai dengan ansietas dan depresi (Purnamasari, 2017).

2.1.5 Gambar 1 Patway Dispepsia



Sumber : (Ida, 2016)

2.1.6 Penatalaksanaan

Non Farmakologi tindakan-tindakan keperawatan dalam perawatan pasien dengan gangguan nyeri abdomen yaitu mengatur posisi pasien, hipnoterapi, terapi relaksasi, manajemen nyeri dan terapi perilaku. Farmakologis Pengobatan dyspepsia mengenal beberapa obat, yaitu: Antasida, Pemberian antasida tidak dapat dilakukan terus-menerus, karena hanya bersifat simptomatis untuk mengurangi nyeri. Obat yang termasuk golongan ini adalah simetidin, ranitidin, dan famotidine. Pemasangan cairan pariental, pemasangan Naso Gastrik Tube (NGT) jika diperlukan (Amelia, 2018).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk menyingkirkan adanya kelainan organik, pemeriksaan untuk dispepsia terbagi pada beberapa bagian yaitu: 1). Pemeriksaan laboratorium, biasanya meliputi hitung jenis sel darah yang lengkap dan pemeriksaan darah dalam tinja, dan urin. Jika ditemukan leukosit dosis berarti tanda-tanda infeksi. Jika tampak cair berlendir atau banyak mengandung lemak pada pemeriksaan tinja kemungkinan menderita malabsorpsi. Seseorang yang diduga menderita dyspepsia ulkus sebaiknya diperiksa derajat keasaman lambung. Jika diduga suatu keganasan, dapat diperiksa *tumormarker* (dugaan karsinoma kolon), dan (dugaan karsinoma pankreas). 2). Barium enema untuk memeriksa saluran cerna pada orang yang mengalami kesulitan menelan atau muntah, penurunan berat badan atau mengalami nyeri yang membaik atau memburuk bila penderita makan. 3). Endoskopi bias digunakan untuk mendapatkan contoh jaringan dari lapisan lambung melalui tindakan biopsi. Pemeriksaan nantinya di bawah mikroskop untuk mengetahui apakah lambung terinfeksi *Helicobacter pylori*. Endoskopi merupakan pemeriksaan baku emas, selain sebagai diagnostic sekaligus terapeutik. 4). Pemeriksaan penunjang lainnya seperti foto polos abdomen, serologi *H. pylori*, *urea breath test*, dan lain-lain dilakukan atas dasar indikasi (Ida, 2016).

2.1.8 Komplikasi

Penderita sindroma dispepsia selama bertahun-tahun dapat memicu adanya komplikasi yang tidak ringan. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain, pendarahan, kanker lambung, muntah darah dan terjadinya ulkus peptikus (Purnamasari, 2017).

2.2. Konsep asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada Dispepsia

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan dispepsia meliputi adanya nyeri perut, rasa pedih di ulu hati, mual

kadang-kadang muntah, nafsu makan berkurang, rasa lekas kenyang, perut kembung, rasa panas didada dan perut, regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba) (Ida, 2016). Adapun proses pengkajian gawat darurat yaitu pengkajian primer (primary assessment). Primary Assessment dengan data subjektif yang didapatkan yaitu keluhan utama: nyeri pada perut dan muntah. Keluhan penyakit saat ini: mekanisme terjadinya. Riwayat penyakit terdahulu: adanya penyakit saraf atau riwayat cedera sebelumnya, kebiasaan minum alkohol, konsumsi medikasi anticoagulant atau agen antiplatelet, adanya alergi, dan status imunisasi. (Ida, 2016)

Data objektif: Airway adanya perubahan pola napas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi). Napas berbunyi stridor, ronki, mengi positif (kemungkinan karena aspirasi). Breathing dilakukan Auskultasi dada terdengar stridor/ronki/mengi, RR>24x/menit. Circulation adanya perubahan tekanan darah atau normal (hipotensi), perubahan frekuensi jantung (bradikardi, takikardi yang diselingi dengan bradikardi disritmia). Disability adanya lemah/letargi, lelah, kaku, hilang keseimbangan, perubahan kesadaran bisa sampai koma. Pengkajian sekunder terdiri dari keluhan utama yaitu, adanya muntah-curigai apendisitis atau obstruksi usus, nyeri epigastrium yang kolik, curigai gastritis atau gastroenteritis, anoreksia dengan diare. Riwayat sosial dan medis yaitu, riwayat penggunaan dan penyalagunaan alkohol. Curigai penyakit hati, penyalahgunaan obat intra vena, gejala putus obat, pembedahan abdomen sebelumnya, curigai adanya obstruksi usus, penyakit hati atau gastritis. alasan mencari pengobatan yaitu, identifikasi perubahan pada gejala: identifikasi kontak dengan pemberi perawatan kesehatan lainnya untuk penyakit ini. pengobatan sebelum masuk Instalasi Gawat Darurat (IGD) yaitu mengidentifikasi penggunaan obat-obatan buatan rumah, perubahan pada diet, penggunaan obat yang dijual bebas. Nyeri yaitu catat riwayat dan durasi nyeri dan gunakan metode pengkajian nyeri yaitu *Provocate, Quality, Region, Severe, dan Time. PQRST* (Pamela, 2011). Setelah melakukan pengkajian Primer dan sekunder selanjutnya melakukan pemeriksaan fisik. pemeriksaan ini meliputi: pertama, pemeriksaan tekanan darah yang menjadi indikator dari rasa nyeri. Tetapi yang lebih penting memberikan pengertian selama proses pasien dalam keadaan hipotensi, hipertensi, takikardi, takipnea, dan adanya penurunan saturasi oksigen. Kedua, asesmen respirasi dan kardiovaskuler dimana pengkajian ini harus menjadi perhatian, pada pasien dengan nyeri abdomen bagian atas, dapat dinyatakan adanya pneumonia atau iskemia jantung. Ketiga, asesmen abdomen kenyamanan posisi dan gerakan tubuh selama pemeriksaan sebagai isyarat lokasi, intensitas dan kemungkinan dari etiologi nyeri. Auskultasi abdomen dikempat kuadran meliputi frekuensi, dan karakteristik bising usus.

perkusi pembesaran hati dan limpa, kaji suara timpani normal untuk organ solid/padat. palpasi adanya kekakuan abdomen, nyeri, masa dan hernia (Amelia, 2018).

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Menurut (Ida,2016)diagnosa keperawatan yang muncul pada masalah dispepsia yaitu:(1)Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. (2)Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.(3)Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. (4)Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum.

2.2.3 Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan pertama nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis,*Nursing Outcomes Classification*(NOC)goal: pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 1x30 menit perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: control nyeri (1605), tingkat nyeri (2102), nyeri efek yang mengganggu (2101) dan nyeri: respon psikologis tambahan (1306).

Nursing Interventions Classification(NIC) yaitu:Pemberian analgenik (2210), manajemen nyeri (1400), dan manajemen saluran cerna (0430).Diagnosa keperawatan kedua kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.*Nursing Outcomes Classification*(NOC) goal: pasien akan mempertahankan status cairan yang adekuat selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x60 menit perawatan pasien akan menunjukkan oucomes: keseimbangan cairan (0601), keseimbangan elektrolit (0606) dan hidrasi (0602).

Nursing Interventions Classification (NIC) yaitu: Pemasangan infus (4190), Manajemen syok: volume (4258), manajemen cairan (4120), dan manajemen hipovolemi (4180).Diagnosa keperawatan ketiga ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.*Nursing Outcomes Classification*(NOC) goal: pasien akan mempertahankan status nutrisi yang adekuat selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: status nutrisi: asupan nutrisi (1009), status nutrisi (1004) nafsu makan (1014) dan status nutrisi: asupan makan dan cairan (1008).

Nursing Interventions Classification(NIC)yaitu: manajemen nutrisi (1100), manajemen gangguan makan (1030), dan manajemen saluran cerna (0430).

Diagnosa keperawatan keempat intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum.*Nursing Outcomes Classification*(NOC) goal: pasien akan berintoleransi terhadap aktifitas selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam perawatan pasien

akan menunjukkan outcomes: toleransi terhadap aktifitas (0005), daya tahan (0001) tingkat kelelahan (0007) dan istirahat (0003). *Nursing Interventions Classification* (NIC) yaitu: manajemen energi (0180), peningkatan latihan: latihan lingkungan (0200), dan terapi aktifitas (4310).

2.2.4 Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang akan memberikan perawatan kepada pasien dan sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain untuk memenuhi kebutuhan pasien (Ida, 2016).

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan (Ida, 2016).

BAB 3

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Studi Kasus

Dalam bab ini diuraikan studi kasus yaitu asuhan keperawatan pada Tn.F.B dengan diagnosis medis Dyspepsia. Tn.F.B berumur 38 tahun asal Sikumana pekerjaan sehari-hari adalah Kader Bencana Alam Provinsi NTT. Tn.F.B masuk rumah sakit pada tanggal 25, Juni 2018. Pengkajian dilakukan oleh mahasiswa pada tanggal 25 juni 2018 dengan data yang didapatkan alasan pasien masuk rumah sakit adalah nyeri perut sejak pagi di tempat kerja. Alasan masuk rumah sakit karena rasa penuh di perut, nyeri perut, nyeri ulu hati, mual muntah, diare. Pasien tidak ada riwayat sakit apapun sebelumnya, tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan apapun sebelumnya. Tn.F.B tidak ada riwayat alergi obat ataupun makanan. Saat ini Tn.F.B masih dirawat di IGD di RSUD Prof. Dr. Johannes Kupang karena menderita penyakit Dispepsia. Hasil pemeriksaan sementara didapatkan (TTV) : RR : 20kali/menit, TD : 110/60 mmHg, Nadi : 80 kali/menit, suhu : 36 °C, pasien tampak lemah, kesadaran Composmentis dengan Glasgow coma scale (GCS) : Eyes, Motorik, Verbal (E/M/V) 4/5/6. Hasil pengukuran kekuatan otot didapatkan : ekstremitas atas bagian sinistra dan dekstra bernilai 5, dan ekstremitas bawah bagian sinistra dan dekstra bernilai 5. 1). Pengkajian. Pada saat pengkajian pasien mengeluh rasa penuh di penuh perut nyeri perut, nyeri ulu hati sejak pagi, nyerinya seperti tertikam, tidak menyebar berlangsung sekitar 5 menit hilang timbul, dan munculnya kapan saja pada saat pasien beraktifitas ataupun beristirahat. 2). Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah penyebab, dan data pendukung masalah keperawatan yang ditemukan adalah: Nyeri akut yang disebabkan karena pasien mengkonsumsi makanan yang pedis dengan data yang didapatkan yaitu: pasien mengeluh rasa penuh di penuh perut nyeri perut, nyeri ulu hati, sejak pagi nyerinya seperti tertikam, tidak menyebar berlangsung sekitar 5 menit hilang timbul, dan munculnya kapan saja pada saat pasien beraktifitas ataupun beristirahat. 3). Intervensi Tahap perencanaan keperawatan ada tahap goal, objektif, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) dan *Nursing Interventions Classification* (NIC) yang dibuat adalah: Diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis yang ditandai dengan pasien mengeluh rasa penuh di penuh perut nyeri perut, nyeri ulu hati, sejak pagi nyerinya seperti tertikam, tidak menyebar berlangsung sekitar 5 menit hilang timbul, dan munculnya kapan saja pada saat

pasien beraktifitas ataupun beristirahatekspresi wajah pasien tampak merigis kesakitan, pasien tampak melindungi area epigastrium. dipilih sebagai diagnosa pertama karena dapat mengancam jiwa. Diagnosa keperawatan pertama nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, *Nursing Outcomes Classificatio* (NOC) goal: pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 1x30 menit perawatan pasien akan menunjukkan oucomes: pertama, kontrol nyeri (1605) yang diharapkan meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan). Empat Indikator yang diambil yaitu: mengenali kapan nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab, menggunakan tindakan pencegahan dan menggunakan analgesik yang direkomendasikan. Kedua tingkat nyeri (2102) yang diharapkan meningkat dari 2 (cukup berat) menjadi 4 (ringan) outcomes yang memiliki 22 indikator. Tetapi hanya 4 indikator yang penulis ambil sedangkan 18 indikator tidak diambil, ini dikarenakan 4 indikator tersebut sesuai dengan kasus nyata. Indikator yang diambil tersebut yaitu: nyeri yang dilaporkan, ekspresi wajah, frekuensi napas dan tekanan darah. *Nursing Interventions Classificatio* (NIC) yaitu: intervensi pemberian analgenik (2210) Enam aktifitas yang diambil yaitu: pertama, cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat analgesic yang diresepkan. kedua, cek adanya riwayat alergi obat. ketiga, tentukan analgesik sebelumnya, rute pemberian, dan dosis untuk mencapai hasil pengurangan nyeri yang optimal dan yang keempat, monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah memberikan analgesik narkoti pada pemberian dosis pertama kali atau jika ditemukan tanda-tanda yang tidak biasanya. Intervensi manajemen nyeri (1400) Empat aktifitas yang diambil yaitu: pertama, lakukan pengkajian nyeri secara komperhensifProvocate, Quality, Region, SevereTime(PQRST). Kedua,observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan. Ketiga, pastikan perawatan analgesik bagi pasien. Keempat, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi). 4). Implementasidilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakankeperawatan mulai dilakukan pada tanggal 25, Juni 2018 dilakukan implementasi nyeri yang berhubungan dengan agen cedera fisikyaitudengan: Melakukanpengkajiaannyerikomperensifyangmeliputilokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intervensi atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus Memasang infus, Meberikan obat anti nyeri (ranitidine, ketorolac), Mengajarkan prinsip-prinsi manajemen nyeri, Mengambil darah vena. 5). Hasil evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan tindakan berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode subjektif, objektif, asesmen, plening (SOAP) Untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : S: pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang, O: pasien tampak nyaman, A: masalah teratasi, P: intervensi dihentikan pasien pulang.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Pada kasus nyata Tn.F.B berumur 38 tahun masuk rumah sakit karena rasa penuh di perut, nyeri perut, mual muntah, diare. Pasien juga mengeluh nyeri di bagian ulu hati, nyeri yang dirasakan seperti pedis, nyeri timbul saat pasien mengkonsumsi makanan yang asam dan pedas, nyeri, dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang) menggunakan skala 1-10.

Menurut (Purnamasari 2017) manifestasi Dispepsia adalah Adanya gas diperut, rasa penuh setelah makan, perut menonjol, cepat kenyang, mual, tidak ada nafsu makan dan perut terasa panas, Rasa penuh, cepat kenyang, kembung setelah makan, mual muntah, sering bersendawa, tidak nafsu makan, nyeri ulu hati dan dada atau regurgitas asam lambung kemulut. Dispepsia merupakan rasa nyeri atau tidak nyaman di bagian perut. Kondisi ini dianggap gangguan di dalam tubuh yang diakibatkan reaksi tubuh terhadap lingkungan sekeliling. Reaksi ini menimbulkan gangguan ketidakseimbangan metabolisme dan seringkali menyerang individu usia produktif, yakni usia 30-50 tahun (Ida, 2016). Berdasarkan teori di atas dan hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan dikarenakan alasan Tn F.B masuk rumah sakit yaitu pasien mengeluh nyeri di bagian ulu hati, dan perut, nyeri yang dirasakan seperti pedis, adanya mual muntah, diare Tn F.B ini juga berumur 38 tahun dimana dispepsia ini biasa menyerang usia produktif yaitu usia 30-50 tahun.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa data didapatkan ada satu diagnosa keperawatan yang muncul yang diangkat berdasarkan diagnosa keperawatan North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) klarifikasi 2015-2017 yaitu, nyeri akut berhubungan cedera biologis yang ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di bagian ulu hati, nyeri yang dirasakan seperti pedis, nyeri timbul saat pasien mengkonsumsi makanan yang asam dan pedas, nyeri, dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang) menggunakan skala 1-10. Menurut (Ida, 2016) diagnosa keperawatan yang muncul pada masalah dispepsia yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum. Berdasarkan teori di atas dan hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus dimana hanya satu diagnosa

keperawatan yang penulis tegakkan, hal ini disebabkan karna pada kasus nyata ditemukan data-data yang sesuai dengan batas karakteristik dari diagnosa keperawatan nyeri akut, sedangkan diagnosa keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, intoleransi aktifitas, kekurangan volume cairan tidak diangkat karna tidak ditemukan data-data yang sesuai dengan batas karakteristik dari diagnosa keperawatan tersebut.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis yang ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di bagian ulu hati, nyeri timbul saat pasien mengkonsumsi makanan yang asam dan pedas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk hanya dibagian ulu hati, dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang) menggunakan skala 1-10, nyeri dirasakan setiap saat. ekspresi wajah pasien tampak merisak kesakitan, pasien tampak melindungi area epigastrik dipilih sebagai diagnosa pertama karena dapat mengancam jiwa. Pada diagnosa pertama adalah nyeri akut yang berhubungan dengan agen cedera biologis ,goal untuk diagnosa ini adalah pasien akan terhindar dari nyeri selama dalam perawatan ,dengan objektifnya dalam jangka waktu 15- 20 menit pasien mengatakan nyeri berkurang dari 5 menjadi 2. Dengan perencanaan yang dibuat untuk diagnosa ini adalah dengan Lakukan pengkajiannyerikomperensif yang meliputi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,intervensi atau beratnya nyeri,dan faktor pencetus, Observasi adanya petunjuk pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri, Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri. Intervensi manajemen nyeri (1400) hanya 4 aktifitas yang penulis ambil ini dikarenakan 4 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu: pertama, lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif Provocate, Quality, Region, Severe, Time (PQRST). Kedua, observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan. Ketiga, pastikan perawatan analgesik bagi pasien. Keempat, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi).

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. tindakan keperawatan dilakukan tanggal 25 juni 2018, dilakukan implementasi Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 08.30 yaitu dengan: Melakukan pengkajian nyeri komperensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, Intervensi atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus Memasang infus, Memberikan obat anti nyeri (ranitidine, ketorolac), Mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, Mengambil darah vena.

3.2.5. Evaluasi Keperawatan

Hasil studi kasus yang dilakukan pada Tn. F.B. diruangan Instalasi Gawat Darurat(IGD) RSUD Prof. Dr. Johannes Kupang pada tanggal 25 juni 2018. Evaluasi keperawatan pada Tn. F.B. menggambarkan kondisi Tn. F.B. sudah mulai membaik ini ditandai dengan nyeri berkurang. Dari kasus yang didapatkan bahwa masalah keperawatan nyeri akutsudah teratasi.Tahap evaluasi keperawatan menggunakan Subjektif, Objektif, Analisis, Planning (SOAP) metode ini gunakan untuk membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriterial hasil yang dibuat pada tahap perenacnaan (Nikmatur, 2012).Berdasarkan teori di atas dan hasil evaluasi keperawatan pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus, dimana masalah keperawatan nyeri akut sudah teratasi, ini dikarenakan perubahan keadaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan sudah teratasi, sehingga pencapaian tujuan dan kriterial hasil dari diagnosa keperawatan tersebut sudah tercapai.

BAB 4

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan Dispepsia pada Tn.F.B diruang UGD di RSUD Prof.Dr.W.Z.Yohanes Kupang pada tanggal 25 Juni 2018 kemudian membandingkan antara teori dengan tujuan kasus,dapat disimpulkan sebagai berikut: 1). Pada saat pengkajian Pasien juga mengeluh nyeri di bagian ulu hati, nyeri yang dirasakan seperti pedis, nyeri timbul saat pasien mengkonsumsi makanan yang asam dan pedas, nyeri,dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang) menggunakan skala 1-10.Dispepsiamerupakan rasa nyeri atau tidak nyaman di bagian perut. 2). Berdasarkan hasil analisa data didapatkan ada satu diagnosa keperawatan yang muncul yang diangkat berdasarkan diagnosa keperawatan North American Nursing Diagnosis Asociation (NANDA) klarifikasi 2015-2017 yaitu, nyeri akut berhubungan cedera biologis. 3). Perencanaan keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga dalam kerja sama dengan penulis .Dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn.F.B penulis telah berusaha melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditujukan untuk mengatasi masalah yang dialami kliendengan melakukan pengkajiaan nyeri komperensif, memasang infuse, meberikan obat anti nyeri (ranitidine, ketorolac), mengajarkan prinsip-prinsi manajemen nyeri, mengambil darah vena. 4). Implementasi yang tidak dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan.Evaluasi keperawatan pada Tn. F.B. menggambarkan kondisi Tn. F.B. sudah mulai membaik ini ditandai dengan nyeri berkurang. 5). Hasil evaluasi keperawatan pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus, dimana masalah keperawatan nyeri akutsudah teratasi, ini dikarenakan perubahan keadaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan sudahteratasi, sehingga pencapaian tujuan dan kriterial hasil dari diagnosa keperawatan tersebut sudah tercapai.

4.2 Saran

Dengan dilaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan Dispepsia yang dapat diberikan yaitu:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan kemudahan dalam penggunaan perpustakaan yang menjadi fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam menjalani praktek dan pembuatan asuhan keperawatan.

2. Bagi Rumah Sakit

Pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Dispepsia hendaknya perawat ruangan memberikan pembekalan penanganan di rumah supaya keluarga dapat merawat pasien saat pasien sudah pulang seperti menasehati pasien untuk kurangi mengkonsumsi makanan yang dapat menyebabkan dispepsia.

3. Bagi pasien

Diharapkan agar dapat di jadikan sebagai pedoman untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang di alami.

4. Bagi penulis

Hasil penelitian membuat pengalaman belajar dalam meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan berkaitan dengan pasien Dispepsia . Dan menambah wawasan sebagai acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien yang menderita Dispepsia

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, K. (2018). *Keperawatan Gawat darurat dan Bencana Sheehy*. Jakarta: ELSEVIER.
- Ida, M. (2016). *Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan*. Jakarta: Pustaka Baru Press.
- Purnamasari, L. (2017). Faktor risiko, klasifikasi, dan terapi sindrom dispepsia. 870.
- Pamela, K. (2011). *Pedoman Keperawatan Emergensi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC.
- Pamela, K. (2011). *Pedoman Keperawatan Emergensi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC.
- Riani. (2015). Hubungan tidak sarapan pagi, jenis makanan dan minuman yang memicu asam lambung dengan kejadian dispepsia pada remaja usia 15-19 tahun di desa tambang . 45.
- Yuriko, A. (2013). Hubungan pola makan dengan kejadian depresi pada penderita dispepsia fungsional. p. 1.

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG

A. PENGKAJIAN

1. Identitas klien

Nama: Tn. FB

Umur: 38 thn

Agama: Protestan

Pekerjaan: Kader Bencana Alam Provinsi NTT

Alamat : Sikumana

Nomor registrasi :493615

Diagnosa medik: ISK dan DISPEPSIA

Tanggal MRS: 25 06 2018

Tanggal pengkajian:25- 06 -2018

2. Identitas penanggung jawab

Nama :Isak A. Hotan

Umur : 48 thn

Alamat: Kel.namosain

Hubungan dengan klien : Rekan kerja

3. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Nyeri perut, nyeri ulu hati

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengeluh rasa penuh di penuh perut nyeri perut, nyeri ulu hati sejak pagi,nyerinya seperti tertikam,tidak menyebar berlangsung sekitar 5 menit hilang timbul,dan munculnya kapan saja pada saat pasien beraktifitas ataupun beristirahat

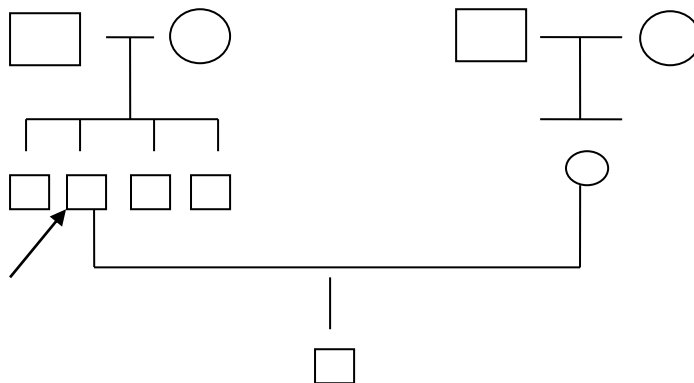
c. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan belum pernah menderita penyakit sebelumnya

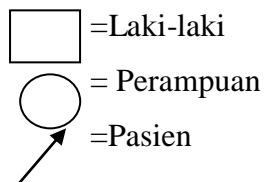
d. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama

Genogram



Keterangan;



Tanda tanda vital :

Tensi:110/60 mmHg

Suhu:36⁰c

Nadi:80x/mnt

Pernapasan:20x/mnt

4. Pengkajian primer

A. Airway (jalan nafas)

Sumbatan

() benda asing () broncospasme

☐ darah ☐ sputum ☐ lendir

☐ lain-lain sebutkan ,.....

B. Breathing (pernafasan)

Sesak dengan:

☐ aktifitas tanpa aktifitas ☐

☐ menggunakan otot tambahan

Frekuensi 20 x/mnt

Irama

☒ teratur ☐ tidak teratur

Kedalaman

☐ dalam ☒ dangkal

Reflek batuk : ☐ ada ☒ tidak ada

Batuk

☐ produktif ☐ non produktif

Sputum : ☐ ada ☒ tidak

Warna

Konsistensi

Bunyi napas

☐ ronchi ☐ creakles ☐

BGA.....

C. Circulation

a. Sirkulasi perifer

Nadi :80 x/mnt

Irama: ☐ teratur ☐ tidak

Denyut ☐ lemah ☒ kuat ☐ tidak kuat

TD 110/60 mmHg

Ekstremitas :

☒ Hangat ☐ Dingin

Warna Kulit :

☐ cyanosis ☐ Pucat ☒ Kemerahan

Nyeri Dada :

☐ Ada ☒ Tidak

Karakteristik nyeri dada :

☐ Menetap ☐ Menyebar

☐ Seperti ditusuk-tusuk

☐ Seperti ditimpah benda berat

Capillary refill :

☒ < 3 detik ☐ > 3 detik

Edema :

☐ Ya ☒ Tidak

Lokasi edema :

☐ Mukosa ☐ Tangan ☐ Tungkai ☐ Anasarka

b. Fluid (cairan dan elektolit)

1. Cairan

Turgor Kulit

(☒) < 3 detik (☐) > 3 detik

(☒) Baik (☐) Sedang (☐) Jelek

2. Mukosa Mulut

(☒) Lembab (☐) Kering

3. Kebutuhan nutrisi : baik

Oral : 7-8 gelas/ hari

Parenteral :-

4. Eliminasi :

BAK : 5 x/hari

Jumlah :

(☒) Banyak (☐) Sedikit (☐) Sedang

Warna :

(☒) Kuning jernih (☐) Kuning kental (☐) Merah (☐) Putih

Rasa sakit saat BAK :

(☐) Ya (☒) Tidak

Keluhan sakit pinggang :

(☐) Ya (☒) Tidak

BAB : 4 x/hari

Diare :

(☒) Ya (☐) Tidak (☐) Berdarah (☐) Berlendir (☐) Cair

Bising Usus : 36 x/menit

5. Intoksikasi

- ☐ Makanan
- ☐ Gigitan Binatang
- ☐ Alkohol
- ☐ Zat kimia
- ☐ Obat-obatan
- ☐ Lain – lain

c. Disability

Tingkat kesadaran :

(√) CM ☐ Apatis ☐ Somnolent ☐ Sopor ☐ Soporocoma ☐ Coma

Pupil : (√) Isokor ☐ Miosis ☐ Anisokor ☐ Midriasis ☐ Pin poin

Reaksi terhadap cahaya :

Kanan ☐ Positif (√) Negatif

Kiri ☐ Positif (√) Negatif

GCS : E :4 M:6 V :5

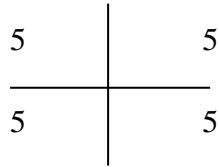
Jumlah : 15

6. Pengkajian Sekunder

a. Musculoskeletal / Neurosensoril

- ☐ Spasme otot
- ☐ Vulnus, kerusakan jarring
- ☐ Krepitasi
- ☐ Fraktur
- ☐ Dislokasi
- ☐ aKekuatan

() Kekuatan Otot :



b. Integumen

() Vulnus :

() Luka Bakar

Psikologis

- Ketegangan meningkat
- Fokus pada diri sendiri
- Kurang pengetahuan

Pemeriksaan penunjang

tanggal pemeriksaan	jenis pemeriksaan	nilai normal	hasil
25-06-2018	MCV	80.0-96.6	76.4
	MCH	27.0 - 36.0	24.5
	RDW –SD	37-54	35.4
	Jumlah leukosit	4.50-6.20	2,59
	Jumlah monosit	2-8	6

Terapi /tindakan kolaborasi

nama terapi	dosis	rute pemberian
Ranitidine	1 amp	IV
Ketorolac	1 amp	IV
antasida syrup	1 sdk	Oral
infus RL	20 tpm	IV

B. ANALISA DATA

DATA-DATA

DO :

Pasien mengatakan nyeri di bagian
perut

DIAGNOSA KEPERAWATAN

DOMAIN	KELAS	KODE	DIAGNOSIS
12.	1.	00132	nyeri akut
kenyaman aan	kenyaman aan fisik		

DS :

- Pasien tampak meringis kesakitan
 - Pengkajian PQRST :
 - P : Pasien mengatakan nyeri terjadi dengan sendirinya
 - Q : Nyeri bersifat seperti tertikam
 - R : sifat nyerinya tidak menyebar
 - S : Skala nyeri 3 nyeri sedang (1-5)
 - T : Nyerinya berlangsung sekitar 5-10 menit.
- Skala nyeri 5 (nyeri sedang).

A. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

3. INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa 1 :

NOC		NIC	
Kode	Hasil	Kode	Intervensi
3016	<p>Domain V: Kondisi kesehatan yang dirasakan</p> <p>Kelas EE : Kepuasan mengenai perawatan</p> <p>Luaran :</p> <p>Tingkat persepsi positif terhadap perawatan untuk mengurangi rasa sakit dari tingkat 1 (tidak puas) menjadi tingkat 5 (sepenuhnya puas) dengan indikator:</p>	1400	<p>Domain 1: Fisiologi dasar</p> <p>Kelas E : peningkatan kenyamanan fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajiaan nyeri komperensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intervensi atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus 2. Obserfasi adanya petunjuk pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif 3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri 4. Ajarkan prinsip prinsi manajemen nyeri
301601	1. Nyeri terkontrol		
301602	2. Tingkat nyeri di pantau secara reguler		
301604	3. Mengambil tindakan untuk mengurangi nyeri		
301605	4. Mengambil tindakan untuk memberi kenyamanan		
301608	5. Memberikan pilihan pilihan untuk manajemen nyeri		

4. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	Hari/tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	senin, 25-06-2018	08.30	1. Melakukan pengkajiaan nyeri	S: Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang
		08.45	komperensif yang meliputi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,intervensi atau beratnya nyeri,dan faktor pencetus	O: Pasien tampak nyaman
		10.00	2. Memasang infus	A: Masalah teratasi
			3. Meberikan obat anti nyeri (ranitidine, ketorolac)	P: Intervensi dihentikan ,pasien pulang
			4. Mengajarkan prinsip-prinsi manajemen nyeri	
			5. Mengambil darah vena	

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Bulan																							
		Juni												Juli											
		22	23	24	25	26	27	28	29	30	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
1.	Pembekalan	✓																							
2.	Lapor Diri Di Rumah Sakit		✓																						
3.	Pengambilan Kasus				✓																				
4.	Ujian Praktek					✓																			
5.	Perawatan Kasus					✓																			
6.	Penyusunan Laporan Studi Kasus Konsultasi dengan Pembimbing				✓	✓	✓																		
7.	Ujian Sidang				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
8.	Revisi Hasil																✓								
9.	Pengumpulan Laporan Studi Kasus																	✓	✓			✓			

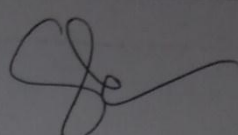
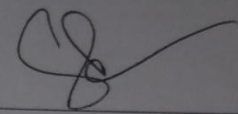
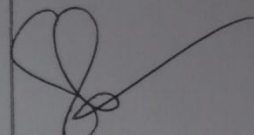
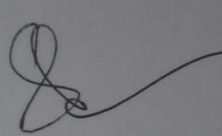
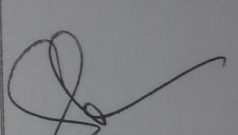
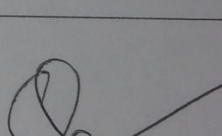
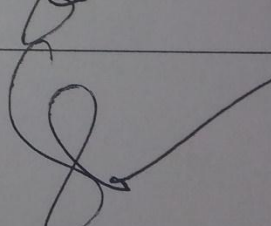
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256,
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : MARIA GERTIANA BHOKI
NIM : PO. 530320115033
NAMA PEMBIMBING : FRANSISKUS S.ONGGANG, S.Kep.Ns.MSc

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	26/06/2018	Konsultasi BAB I	
2	27/06/2018	Melihat hasil perbaikan BAB I Konsultasi BAB II	
3	28/06/2018	Konsultasi BAB III dan BAB IV	
4	02/07/2018	Konsultasi BAB I, II, III, IV dan cara pengetikan	

5	03/07/2018	Konsultasi power point dan perbaikan	
6	04/07/2018	UJIAN SIDANG	
7	06/07/2018	Revisi BAB I, II	
8	09/07/2018	Revisi BAB III	
9	10/07/2018	Revisi BAB IV	
10	11/07/2018	Revisi BAB I, II, III, IV dan Daftar pustaka	
11	12/07/2018	Melihat cara penulisan nama, gelar Dosen	
12	16/07/2018	ACC	